

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

NEUMA PINHEIRO DE CARVALHO

RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA E DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

FEIRA DE SANTANA (BA)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

NEUMA PINHEIRO DE CARVALHO

RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA E DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem –Atenção Psicossocial do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Profa. Orientadora: Dra. Marciana Fernandes Moll

FEIRA DE SANTANA (BA)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **Projeto de Intervenção: RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA E DESINSTITUCIONALIZAÇÃO** de autoria do aluno **Neuma Pinheiro de Carvalho**, foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Atenção Psicossocial

Profa. Dra. Marciana Fernandes Moll
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FEIRA DE SANTANA (BA)
2014

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	02
2	FUNDAMENTAÇÃO TEORICA	04
3	METODOLOGIA	08
4	RESULTADOS E ANÁLISE	09
4.1	Um pouquinho do histórico hospitalar	09
4.2	Os lares abrigados existentes no hospital	09
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	12
	REFERENCIAS	13
	APÊNDICE A	14

RESUMO

A mudança na assistência em saúde mental precisa do apoio dos profissionais de saúde que atuam nesta área para impulsionar a implementação da reforma na atualidade, uma vez que somente as propostas políticas não se consolidarão isoladamente. Nessa perspectiva, este estudo objetivou propor um projeto de intervenção para que a equipe atuante em lares abrigados reestruture as suas ações com base nos pressupostos da atenção psicossocial. Realizou-se um relato de experiência fundamentado processo de desospitalização e desinstitucionalização de pessoas que residiram em um hospital psiquiátrico por longos períodos e estão sendo conduzidas para residências terapêuticas. Como resultado desta vivência e dos conhecimentos adquiridos na pós graduação, elaborou-se um projeto de intervenção que visa discutir o cotidiano deste lar, o trabalho em equipe e a reorganização do trabalho neste lar com base nos pressupostos da residência terapêutica para onde os moradores deste serviço serão encaminhados. Por fim, espera-se que ao se implementar este projeto se efetive a reorganização da equipe, um cotidiano propulsor de vida e de autonomia e por conseguinte embasado na desinstitucionalização e na atenção psicossocial.

Palavras- chave: Reforma Psiquiátrica; Desinstitucionalização; Lar Abrigado; Residência Terapêutica

1 INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica é um movimento histórico de constante construção, com caráter político e social com vistas, dentre outras coisas, a desinstitucionalização com a, conseqüente, desconstrução de manicômios e dos paradigmas que o sustentam. As Políticas Públicas em Saúde Mental (SM) incentivam o posicionamento crítico-reflexivo sobre os fatores determinantes e condicionantes à dinâmica das mudanças contemporâneas, tanto no que se refere à temática de SM, quanto às mudanças mundiais ocorridas em todas as áreas de conhecimento (MAFTUM; ALENCASTRE, 2009).

Fundamentada no movimento de Reforma Psiquiátrica, a Lei 10.216, sancionada em 06 de abril de 2001, redireciona a assistência à pessoa em situação de sofrimento mental e dispõe sobre a sua proteção e direitos. Merece destaque o direito ao “acesso ao melhor tratamento do serviço de saúde, consentâneo às suas necessidades” (BRASIL, 2001). A pessoa assistida em serviços de saúde mental deve ser considerada em sua integralidade, para que sejam garantidos seus direitos estabelecidos nesta lei, nas leis orgânicas do SUS e na Constituição Federal.

Desde então, prioriza-se a desinstitucionalização que visa transformar as relações de poder entre as instituições e os sujeitos, entre quem cuida e é cuidado, restituindo os direitos e as capacidades, a interlocução, a escuta e o respeito, mudando progressivamente o estatuto jurídico e social do paciente. Conclui-se então que desinstitucionalização é diferente de desospitalização e implica em uma transformação profunda das relações sociais, e das relações entre profissionais, usuários e familiares no campo da saúde mental. (AMARANTE, 2007)

Entretanto, a realidade dos Hospitais Especializados, e dos preconceitos sociais para com os indivíduos com sofrimento psíquico, acredita-se que a Reforma Psiquiátrica apresente nós críticos que dificultam a sua adequada efetivação, tendo em vista que ainda existem interesses organicistas e posturas excludentes.

Nesta perspectiva, a mudança na assistência em saúde mental precisa do apoio dos profissionais de saúde que atuam nesta área para impulsionar a implementação da reforma na atualidade, uma vez que somente as propostas políticas não se consolidarão isoladamente.

Dentre estes profissionais, destaca-se nesse projeto a atuação do enfermeiro que trabalha diretamente com os sujeitos e pela sua essência de cuidar continuamente do paciente. Assim, surgiu o interesse de se desenvolver este trabalho, pois atuo como profissional de saúde mental há 20 anos e tenho vivenciado o processo da Reforma Psiquiátrica.

Especificamente no cenário de um Hospital Especializado em psiquiatria, onde trabalho desenvolvi a avidez pelo conhecimento de como a reforma tem sido vivenciada pela enfermagem, o que se fortaleceu durante a especialização que me fez compreender a relevância do processo de trabalho da enfermagem para a mudança efetiva da assistência em saúde mental condizente com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica. Assim, surgiu o seguinte questionamento: Como a Enfermagem pode trabalhar a assistência à Saúde Mental na linha de atenção psicossocial dentro de um Hospital Especializado com usuárias/moradoras de Lares Abrigados em processo de desinstitucionalização?

Ao se buscar responder a esse questionamento, por meio deste estudo, acredita-se que se contribuirá, mesmo que modestamente, para o direcionamento do processo de trabalho de enfermeiros em prol da implementação da reforma.

Sendo assim, este estudo tem como objetivo geral: propor um projeto de intervenção para que a equipe atuante em lares abrigados reestruture as suas ações com base nos pressupostos da atenção psicossocial. E os objetivos específicos foram: descrever a transição da moradia hospitalar para a residência terapêutica entre pessoas com transtornos mentais que vivenciaram longos períodos de internação psiquiátrica e estabelecer prioridades para assegurar a desinstitucionalização gradual e assistida dos novos moradores de residências terapêuticas.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

No resgate da história da assistência psiquiátrica é marcante a descrição de cenários árduos tendo como alicerce a solidão, humilhação e desespero. Os estados mentais conhecidos como loucura eram motivos de isolamento e tratamentos radicais, pois se acreditava que as pessoas com transtorno mental poderiam contaminar outras pessoas da sociedade representando perigo para a mesma.

Atualmente a Saúde Mental é entendida como uma variação capaz de produzir prejuízo na pessoa (social, familiar, ocupacional, pessoal) e ou das pessoas com quem convive. Entretanto, nos dias atuais, saúde mental é um termo que tem sido usado para descrever o nível de qualidade de vida cognitiva e emocional do indivíduo. Admite-se, portanto que o conceito de SM é mais amplo que a ausência de transtornos mentais (SPANDINI; SOUZA, 2006).

Segundo Spandini e Souza (2006), SM é o equilíbrio emocional entre o patrimônio interno e as exigências ou vivências externas. É a capacidade de administrar a própria vida e as suas emoções dentro de um amplo espectro de variações sem contudo, perder o valor do real e do preciso.

Hoje, situa-se a SM como um campo bastante polissêmico e plural na medida em que se diz respeito ao estado mental dos sujeitos e das coletividades. Adoecer psiquicamente é tão humano quanto nascer ou morrer, ter diabetes, hipertensão arterial, câncer, entre outros.

É importante destacar que falar em SM é pensar no homem em sua totalidade, como ser biológico, sociológico, psicológico e, ao mesmo tempo, condições de vida que o propiciem bem-estar físico, mental e social. Como cidadãos é preciso compreender que a SM vai além de uma questão psicológica, é uma questão política que interessa a todos que estão comprometidos com a vida.

Considerando estas proposições, em 1970, com o “movimento sanitário” em favor da mudança de modelos de atenção e gestão, nas práticas de saúde iniciou o processo da Reforma Psiquiátrica que tem como objetivo construir um novo espaço social para a loucura, questionando e transformando as práticas de psiquiatria tradicional e das demais instituições na sociedade (AMARANTE, 1996, p. 58).

A partir deste movimento foram implementadas diversas legislações que visam atender com integralidade as pessoas que requerem de atenção especializada em saúde mental e neste estudo foram enfocadas as residências terapêuticas que são um dos serviços que favorece a desospitalização.

As residências terapêuticas foram criadas dentro da perspectiva do Sistema Único de Saúde (SUS) e são moradias na comunidade destinadas às pessoas com transtornos mentais que não têm laços familiares e nem suporte social. Assim, essas moradias são ocupadas, na maioria das vezes, por pessoas egressas de internações psiquiátricas de longa permanência (dois anos ininterruptos ou mais). Para subsidiar legalmente essa proposta, destacam-se a Portaria 106/2000, dispondo sobre a criação dessas moradias no âmbito do Sistema Único de Saúde, e a Portaria 1.220/2000, que dispõe sobre o funcionamento desses serviços (BRASIL, 2004).

No entanto, em 2004, iniciou-se o estímulo para a criação desses serviços, por meio da Portaria 2068/2004, a qual foi substituída pela Portaria 246, em 2005. Esse estímulo foi previsto, em ambas as portarias, por meio da instituição de incentivo financeiro de dez mil reais - valor para ser aplicado na melhoria e/ou implantação de residências terapêuticas nos municípios. O repasse é feito em parcela única e não onera os tetos estaduais e municipais, visando à consolidação da rede extra-hospitalar de atenção à saúde mental em todas as unidades da Federação (BRASIL, 2004). Já em 2011, a Portaria 3090 classificou os serviços residenciais terapêuticos em tipo I e tipo II e, diante dessa classificação, redefiniu as diretrizes de funcionamento e o incentivo financeiro para cada um deles (BRASIL, 2011).

A residência terapêutica classificada como tipo I destina-se às pessoas que estão em processo de desinstitucionalização e nela podem residir até oito pessoas que devem ser referenciadas por um cuidador, o qual é acompanhado por uma equipe técnica de saúde mental que tem a responsabilidade de estabelecer projetos terapêuticos individualizados para os moradores. Tanto esses projetos como os cuidados prestados por esse(a) cuidador(a) de referência devem fundamentar-se na (re)estruturação da rede social desses moradores por meio do trabalho, da educação, do lazer e de outras estratégias existentes na comunidade, as quais favoreçam a reabilitação psicossocial desses sujeitos (BRASIL, 2011).

Já as residências classificadas como tipo II acolhem pessoas (mínimo de quatro e máximo dez moradores) com maior grau de dependência, resultante, sobretudo, de comprometimentos físicos que exigem a prestação de cuidados contínuos. Nessa classificação, o cuidado é prestado

por aproximadamente cinco cuidadores (em regime de escala de trabalho) e um técnico de enfermagem, que trabalha diariamente; esses profissionais também são acompanhados por uma equipe técnica de referência em saúde mental que estabelece um projeto terapêutico durante o processo de desospitalização de cada morador. Nesse projeto, o enfoque deve ser a adequação às atividades de vida diária (higienização pessoal, autocuidado, alimentação, entre outras), o treinamento para as habilidades sociais (comunicação e outras), bem como demais ações que possibilitem a essas pessoas se sentirem em um lar, onde existem outras pessoas que os ajudam a viver melhor e, assim, (re) construírem vínculos afetivos. Deve-se também destacar, nessa classificação, a necessidade de adequações/adaptações no espaço físico da casa para melhor atender às necessidades físicas dos moradores (BRASIL, 2011).

Essa nova legislação estabelece ainda que o incentivo financeiro para a implantação de ambas as classificações de serviços é de vinte mil reais. Contudo, o repasse financeiro mensal se diferencia entre essas classificações. Na residência terapêutica tipo I, ele depende do total de moradores (mínimo quatro e máximo oito) e, havendo o número máximo de moradores, é repassado um valor de dez mil reais, mensalmente. Nas residências de tipo II, o repasse financeiro também é variável conforme a quantidade de moradores; se a residência estiver com o número máximo de pessoas (10), o repasse mensal é de vinte mil reais (BRASIL, 2011).

A partir desta legislação, verifica-se que as residências terapêuticas são importantes dispositivos por representarem um dos compromissos das políticas de saúde mental expresso pelo auxílio ao indivíduo a superar as instituições psiquiátricas, onde viveu por um longo período de sua vida.

Mângia e Rosa (2002) afirmam que esses pacientes, durante o processo de internamento, são submetidos ao isolamento social, perda de contato com familiares e ausência de uma rede social. Essas mesmas autoras afirmam que as residências suprem as demandas dos egressos de instituições psiquiátricas, como:

(...) local para morar, suporte social, composição de rede social, responsabilização diferenciada de serviços e equipe de saúde mental, possibilitando assim o fechamento dos hospitais psiquiátricos e a condução dos processos de reabilitação psicossocial baseados na comunidade e comprometidos com o resgate da cidadania (MANGIA; ROSA, 2002, p. 72)

Compreende-se que as residências terapêuticas são espaços onde as pessoas podem reconstruir suas vidas, resgatando suas crenças e valores, podendo construir suas histórias. Esses

espaços visam a atender as propostas da reforma psiquiátrica, auxiliando os usuários nessa adaptação ao algo novo e desconhecido (RESGALLA; FREITAS, 2004).

No ambiente das residências terapêuticas as particularidades de cada indivíduo devem ser respeitadas, entretanto, ao reunir usuários com características diferentes em um único ambiente, podem surgir conflitos que devem ser mediados por profissionais de saúde. Assim, as RT são monitoradas ocasionalmente por profissionais que realizam visitas semanais ou diárias, e avaliam as habilidades desenvolvidas para a inserção social adequada. Essa rede de apoio é necessária para que os moradores não retornem à condição de isolamento social (SCATENA et al, 2000).

Porém cada Residência Terapêutica (RT) deverá estar vinculado a um serviço/equipe de saúde mental de referência que dará o suporte técnico profissional necessário ao serviço residencial. O acompanhamento dos moradores das residências deve estar em consonância com os respectivos projetos terapêuticos individuais. Tal suporte focaliza-se no processo de reabilitação psicossocial e inserção dos moradores na rede social existente (trabalho, lazer, educação, entre outros).

Contudo, essa necessidade de monitoramento destes profissionais, produzem questionamentos ao modo de funcionamento destas residências, bem como constitui um desafio no processo de produção de saúde em seu interior. Assim, este estudo busca contribuir na consolidação deste processo de transição e, ainda proporcionar informações para as discussões sobre a temática.

3. METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência a partir do processo de desospitalização e desinstitucionalização de pessoas que residiram em um hospital psiquiátrico por longos períodos e estão sendo conduzidas para residências terapêuticas. Como resultado desta vivência e dos conhecimentos adquiridos na pós graduação, elaborou-se um projeto de intervenção, cuja experiência está sendo exposta ao longo deste estudo.

Considerando-se que o processo de desinstitucionalização é um processo contínuo que inicia ainda no hospital especializado, e que na instituição no qual esse projeto será realizado conta com um espaço para auxiliar na reinserção social do portador de transtorno psiquiátrico, chamado Lar Abrigado viu-se a necessidade de discutir o andamento desse processo com a comunidade profissional que atua no hospital.

A partir da experiência acumulada em 20 anos como profissional de saúde mental atuante no hospital especializado, foi possível perceber que a Reforma Psiquiátrica vem ocorrendo a passos lentos, e um dos desafios é a resistência dos profissionais. Por isso, vê-se a importância de incluir todos os profissionais em discussões que impulsionem estabelecer a desinstitucionalização no lar abrigado.

Para tanto, optou-se pela estruturação de um projeto de intervenção para discutir o cotidiano deste lar, o trabalho em equipe e a reorganização do trabalho neste lar.

Por não ser uma pesquisa de campo que envolve direta ou indiretamente seres humanos, este estudo não foi submetido à apreciação Ética.

4. RESULTADOS E ANÁLISE

4.1- Um pouquinho do histórico hospitalar

O Hospital Especializado de Feira de Santana era considerado, até o ano de 2002, um serviço de referência hospitalar psiquiátrica do Estado da Bahia (BRASIL, 2006). Este serviço foi fundado em julho de 1962, com 31 leitos e visava abrigar pacientes crônicos, oriundos do Hospital Juliano Moreira. Durante 10 anos (até 1972) foram ocupados até 700 leitos e as propostas terapêuticas adotadas começaram a ser revisadas, na década de 80, com a implantação de mudanças na política de saúde mental, quando foi criado o Núcleo Agrícola de Reabilitação para o desenvolvimento de atividades agrícolas.

Mas o cadastro desta instituição no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) aconteceu somente em 2003 e, atualmente, este hospital é composto por duas unidades de longa permanência: a Unidade Psicogeriátrica/ UPG com setenta moradores e a Unidade de Longa Permanência II com noventa e cinco moradores (sendo que doze desses usuários estão nos Lares Abrigados). Também existem duas unidades de Curta Permanência com capacidade para quarenta leitos cada uma, seis leitos para atendimento de emergência, um ambulatório e dois Lares Abrigados com capacidade para doze leitos. Ao se computar todos os leitos disponíveis soma-se 251 (CNES, 2014).

4.2- Os lares abrigados existentes no hospital

Como exposto anteriormente nesta instituição existem os lares abrigados, também são chamados de pensões protegidas, que são casas geminadas recriando um ambiente domiciliar ditado socialmente. Ou seja, essas casas são constituídas por uma sala de estar ampla onde os moradores tem acesso a televisão e aparelho de som; cozinha com pia, armários e geladeira, porém não há fogão na cozinha pois a alimentação dos moradores é provido pela instituição em horários determinados; quartos com uma cama pra cada, além de armários e criado-mudo; e dois banheiros completos. Esses espaços abrigam pessoas que permaneceram por longos períodos de internação e estão em processo de desinstitucionalização, porém sua autonomia ainda é limitada e há uma supervisão continua 24 horas.

Inicialmente estes lares foram criados para serem residências terapêuticas, o que não foi possível devido à exigência da legislação, na qual os SRTs devem ser construídos em ambientes externos ao hospital.

Frente a esta impossibilidade, mantiveram-se as referidas casas, mas as mesmas deveriam ser moradias temporárias, até que surjam vagas em residências terapêuticas da cidade. O funcionamento destes lares não se embasa em normas e rotinas e sim em projetos terapêuticos individuais, os quais são ferramentas de trabalho do terapeuta ocupacional e do psicólogo. E no cotidiano deste lar objetiva-se resgatar a autonomia e o autocuidado dos moradores perdidos ao longo da internação resultando na cronificação e na perda de contato social, o que é representado pela realização dos afazeres domésticos e pela espera pelas refeições.

Atualmente existem doze moradoras nos lares abrigados com idade acima dos cinquenta anos e com comorbidades clínicas como hipertensão e diabetes. Tais moradoras estão aguardando vagas em residências terapêuticas e, ainda com documentações em andamento - documentos pessoais e benefícios diversos. Conforme exposto anteriormente, no cotidiano deste lar, faltam atividades sociais e de trabalho gerador de renda dificultando o real alcance dos objetivos pré-estabelecidos.

Até o momento, não existem critérios para a transição do setor de longa permanência do hospital para este lar e este processo acontece sem consultar a equipe técnica e as próprias pessoas que serão transferidas.

A desinstitucionalização exige um trabalho que se inicia durante o internamento. São realizadas várias atividades, destacando-se discussões com a equipe do hospital que presta assistência ao paciente, reconhecimento do território onde a moradia será implantada e acompanhamento da instalação da infraestrutura da casa (MENDONÇA, 2007, p. 107).

Contudo, no hospital supracitado as pessoas são transferidas, sem considerar a afinidade entre as pessoas que ocuparão um mesmo espaço e outros critérios que o autor acima descreve. Essa realidade faz com que essa transição e adaptação seja estressante para todos os envolvidos e esteja controversa às propostas da atenção psicossocial que prioriza o respeito aos direitos humanos e ao bem-estar dos portadores de transtornos mentais.

Considerando esta realidade, a equipe atuante neste serviço (um psiquiatra, um clínico geral, um enfermeiro, um psicólogo, um terapeuta ocupacional, cinco técnicos de enfermagem-

um por dia e um assistente social), compreendem a necessidade de reverter este trabalho fragmentado e baseado no modelo hospitalocêntrico.

Sendo assim, neste estudo foi elaborado um projeto a ser implementado com o objetivo de discutir o cotidiano deste lar, o trabalho em equipe e a reorganização do trabalho neste lar com base nos pressupostos da residência terapêutica para onde os moradores deste serviço serão encaminhados.

Para tanto, será formado um grupo de discussão (GD) que se reunirá para refletir e estruturar propostas propulsoras da desinstitucionalização e da composição de um cotidiano no lar que se fundamente nas propostas de uma residência terapêutica. A fim de justificar a criação do GD e sensibilizar a participação dos profissionais será realizado um evento científico dentro da instituição sobre o tema A Reforma Sanitária e a Desinstitucionalização, para o qual será convidado o Diretor Administrativo, um Médico, um Enfermeiro, um Psicólogo e um representante da Atenção à Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde do município.

Após este evento de sensibilização, as atividades desse grupo se iniciarão com carga horária total prevista para 20h, a qual está especificada juntamente com a programação e os respectivos objetivos das atividades, bem como outros detalhes importantes deste projeto estão no apêndice A deste estudo.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As Residências Terapêuticas constituem alternativas de moradias para um grande contingente de pessoas que permanecem no hospital há anos e o lar abrigado funciona como um ponto de transição nesse processo, o que exige um intenso trabalho de desinstitucionalização a ser executado nestes lares.

Para que se efetive este trabalho é importante valorizar as políticas de saúde mental que valorizam o trabalho em equipe multidisciplinar, a oferta de um cotidiano proativo em espaço de caráter residencial, o estabelecimento de projetos terapêuticos individualizados e estabelecidos pela equipe em parceria com os moradores, bem como a inclusão social gradativa.

Desse modo, foi elaborado um projeto de intervenção que busca estabelecer uma proposta de trabalho e de cotidiano para o lar abrigado que prive pela desinstitucionalização e consequentemente pela socialização dessas pessoas que irão para as residências terapêuticas. Contudo, faz-se necessário que as discussões propostas neste projeto sejam contínuas para que o processo de desinstitucionalização seja efetivo e elas devem acontecer entre as equipes, pois muitos pontos ainda precisam ser discutidos, e outros repensados, até porque não se esgotam.

Por fim, espera-se que este projeto impulse: a reorganização da equipe, um cotidiano propulsor de vida e de autonomia e, por conseguinte embasado na desinstitucionalização e na atenção psicossocial prevista na legislação das residências terapêuticas.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007
- AMARANTE, Paulo. **O Homem e a Serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.
- BRASIL, 2001. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Legislação em saúde mental**: 1990 – 2004. 5 ed. Brasília, 2004.
- BRASIL. Portaria nº 3090, de 23 de dezembro de 2011. Estabelece que os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), sejam definidos em tipo I e II, destina recurso financeiro para incentivo e custeio dos SRTs, e dá outras providencias. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF. 26 dez. 2011.
- MAFTUM MA, ALENCASTRE MB. A prática e o ensino de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica no Brasil: questões para reflexões. **Cogitare Enferm.**, v. 7, n. 1, p. 61-67; jan/jun. 2002.
- MÂNGIA, EF; ROSA, CA. Desinstitucionalização e serviços residenciais terapêuticos. **Rev. Ter. Ocup.** São Paulo, v. 13, n. 2, p. 71-7, maio/ago. 2002.
- MENDONÇA, MCA. As intervenções nas residências terapêuticas: o que a psicanálise tem a dizer sobre essa clínica? **Estudos de Psicanálise**, Salvador; n. 30; p. 103 – 112; Agosto 2007.
- REGALLA, RM; FREITAS, MEA. A residência terapêutica: o melhor de se viver. **REME – Rev. Min. Enf**; Belo Horizonte, v. 8, n. 2, p. 283-289; abr/jun, 2004.
- SCATENA, MCM et al. Saindo do hospital psiquiátrico: o impacto da violência “extra muros”. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.5, n.2, p. 63-68, 2000.
- SPANDINI LS, SOUZA MCBM. A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares. **Rev. Esc. Enferm. USP**. São Paulo, v. 40; n. 1; p. 123-127; 2006.

APÊNDICE A

Etapas	Objetivo	Metodologia/ materiais	Responsável	Carga Horária
1- Discussão do trabalho desenvolvido pela equipe responsável pelo Lar abrigado	Investigar entre a equipe do Lar abrigado os pontos facilitadores e nós críticos para o trabalho em equipe	Durante a reunião será entregue a cada profissional um impresso no qual deverão escrever o que facilita e o que compromete o trabalho em equipe. Após essa atividade, serão lidos os impressos e discutidos os problemas e, por fim serão registradas as propostas para a efetivação do trabalho em equipe para que as mesmas sejam apresentadas às instâncias superiores. Materiais: papel sulfite, caneta, sala para a reunião	Psicólogo do grupo	4 horas
2- Pressupostos da desinstitucionalização por meio de lares de cunho terapêutico	Estabelecer diretrizes para o encaminhamento dos pacientes do hospital para os lares abrigados, com base nas propostas da legislação das RTs	Será apresentada a legislação das RTs e propostas de desinstitucionalização abordadas no meio científico para que sejam discutidas as estratégias de desinstitucionalização a serem efetivadas no processo de transição do hospital para o lar abrigado Materiais: multimídia, papel, caneta e sala para a reunião	Enfermeira do grupo	4 horas
3- Fechamento das estratégias de desinstitucionalização	Finalizar e documentar as estratégias elaboradas	Será lida e rediscutida cada proposta elaborada na etapa 2 e, se necessário acrescentada novas propostas para este processo Material: sala para a reunião, papel com as propostas registradas na etapa 2	Todos	2 horas
4- Repensando o cotidiano do lar	Propor um cotidiano com atividades sociais e com trabalho gerador de renda	Será discutida um quadro de atividades sociais a ser implementado, periodicamente e as parcerias para a efetivação do trabalho gerador de renda. Materiais: papel pardo, pincel atômico e sala para a reunião	Terapeuta ocupacional e assistente social	3 horas
5- Novos pactos de trabalho no lar	Discutir a reorganização do trabalho a ser executado, a partir dos resultados de cada etapa anterior	Será discutida entre a equipe ações interdisciplinares a serem executadas para a efetivação dos resultados das discussões (propostas e estratégias) que privam pela desinstitucionalização . Materiais: sala para a reunião	Todos	3 horas
6- Apresentação dos resultados	Submeter a Direção Administrativa os resultados das discussões e as propostas que dele	Será entregue um documento com os resultados das discussões e as propostas que dela surgiram para a apreciação e autorização do mesmo Materiais: documento formal com	Enfª Neuma Carvalho	2 horas

Etapas	Objetivo	Metodologia/ materiais	Responsável	Carga Horária
	surgiram	o consolidado das discussões e propostas		
7- Avaliação	Encerrar as atividades referentes a implementação deste projeto e propor a realização de reuniões periódicas.	Será avaliadas as atividades do GD e apresentadas propostas, cujo início foi autorizado pela Direção administrativa. Materiais: consolidado das propostas autorizadas pela direção administrativa, papel, caneta e sala de reuniões	Todos	2 horas